

**Información del Paciente**

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre, Inicial:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Correo electrónico:	
		<input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Declina Responder			
Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:		¿Paciente de una clínica del Departamento de Salud del Condado de Lake (FQHC) o de Salud del Comportamiento? Si No	
Dirección de Casa:		Apartamento #:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Raza (Circule Uno): Indio Americano o Nativo de Alaska Blanco		Asiático Otra Raza	Afroamericano Desconocido	Nativo de Hawái o de las Islas del Pacifico	
Etnicidad (Circule uno): Hispano o Latino		No Hispano o Latino	Desconocido		

**Folletos Para Paciente (marcar todos los folletos recibidos)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Forma de Consentimiento  | <input type="checkbox"/> Que Esperar Después de Ponerse la Vacuna COVID-19    |
| <input type="checkbox"/> Notificación de Practicas de Privacidad                                  | <input type="checkbox"/> Pasos a Seguir Después de Recibir la Vacuna COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Hoja de Datos de la Autorización de Uso de Emergencia (Pfizer o Moderna) | <input type="checkbox"/> Folleto V-Safe                                       |

Reconozco: Que he recibido los documentos listados arriba y entiendo que puedo hacer preguntas antes de la vacunación.

Firma del Cliente (mayor de 18 años), o Padre, o Representante Autorizado \_\_\_\_\_ Nombre Impreso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Revisión para la Vacunación de COVID**

- |   | Si                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) ¿Está enfermo hoy? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Ha recibido una dosis de la Vacuna COVID-19? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Ha tenido usted alguna vez una reacción alérgica severa a algo (Anafilaxia)? ¿Por ejemplo, una reacción por la cual usted fue tratado con epinefrina (EpiPen) o por la cual que tuvo que ir al hospital?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. ¿Fue la reacción alérgica severa después de recibir una Vacuna COVID-19? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Fue la reacción alérgica severa después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectado? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Tiene usted algún desorden sanguíneo o toma anticoagulantes? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) ¿Ha dado positivo al COVID-19 en los últimos 10 días o ha estado expuesto al COVID-19 en los últimos 14 días? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales (e.g., Regeneron) o plasma convaleciente como parte de un tratamiento de COVID-19 en los últimos 90 días? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días o planea vacunarse con cualquier otra vacuna en los próximos 14 días? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) ¿Está embarazada o dando pecho O tiene un sistema inmunológico debilitado (VIH, cáncer, problemas del sistema inmunológico o tomando medicamentos que debilitan el sistema inmunológico)? .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) ¿Tiene alergia severa a cualquier ingrediente incluido en la vacuna (lista completa mostrada abajo)? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ingredientes Incluidos en la Vacuna Pfizer BioNTech COVID-19**

ARNm, lípidos: ((4-hydroxibutil) azanediil) bis(hexano-6,1-diil) bis(2-hidroldcanoato), 2 [(polietilenglicol)-2000]-N,N-ditetradecilacetamida, 1,2-Distearoil-sn-glicero-3- fosfocolina, y colesterol), cloruro de potasio, fosfato monobásico de potasio, cloruro de sodio, fosfato dibásico de sodio dhidratado, y sacarosa.

**Ingredientes Incluidos en la Vacuna Moderna COVID-19**

ARNm; lípidos, 1 monometoxipolietilenglicol-2,3-dimiristilglicerol con polietilenglicol de peso molecular medio 2000 (PEG2000-DMG), 1,2-diestearoil-sn-glicero-3-fosfocolina, colesterol, SM-102 (propietaria de Moderna), trometamina, clorhidrato de trometamina, acido acético, acetado de sodio y sacarosa.

